

# INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: AGENDA DE PESQUISA PARA A SAÚDE

## INSTITUTIONS AND PUBLIC POLICIES IN BRAZIL: RESEARCH AGENDA FOR HEALTH

### INSTITUCIONES Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN BRASIL: AGENDA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

Mariana Guerra<sup>1</sup> Andrea de Oliveira Gonçalves<sup>2</sup> Gemaél Chaebo<sup>3</sup>

#### RESUMO

O objetivo do artigo é discutir sobre o tema ‘política pública de saúde’, tendo com base o referencial teórico neoinstitucionalismo e políticas públicas. Apresentam-se cinco questões-problema que podem orientar o estudo de política pública de saúde no Brasil, que são: (1) determinantes da política pública de saúde como instituição; (2)

descentralização da saúde x legitimidade para determinação da política pública de saúde; (3) constituição de consórcios intermunicipais de saúde como instrumento para legitimação da descentralização dos serviços de saúde; (4) estrutura e organização de atores econômicos, políticos e sociais; e, (5) diferenças institucionais e aplicação dos modelos de alocação de recursos. Ao final, são feitas as considerações e expostas expectativas de possíveis contribuições ao estudo de instituições e políticas públicas, em especial, para o caso da saúde. Este artigo contribui com a discussão do tema de políticas públicas no Brasil vinculada ao neoinstitucionalismo, discussão essa que pode auxiliar pesquisadores na definição de agendas nacionais sobre a formulação e condução de estratégias de alocação de recursos e de valorização de determinadas políticas de saúde.

Descritores: Agenda de pesquisa, Instituições, Políticas públicas, Saúde.

<sup>1</sup> Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutoranda em Administração pela Universidade de Brasília. Professora Assistente do departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Universidade de Brasília. Endereço: Campus Darcy Ribeiro – FACE/CCA, Asa Norte, Brasília, DF – Brasil, CEP: 70910-900. E-mail: [guerra.mari@gmail.com](mailto:guerra.mari@gmail.com).

<sup>2</sup> Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Vale do Rio Doce. Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Integração da América Latina pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade de Brasília no Programa de Pós-Graduação em Administração. Endereço: Campus Darcy Ribeiro, ICC Norte, Asa Norte, Brasília, DF – Brasil, CEP: 70910-900. E-mail: [andreaegoncalves@gmail.com](mailto:andreaegoncalves@gmail.com). Telefone: (61) 3107-6712.

<sup>3</sup> Graduado em Administração pelo Centro Universitário de Campo Grande. Mestre em Administração pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Doutorando em Administração pela Universidade de Brasília. Professor Assistente do curso de Administração da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Campus de Nova Andradina. Endereço: Rodovia MS 134 Km 3, Nova Andradina, MS – Brasil, CEP: 79750-000. E-mail: [gemaelchaebo@gmail.com](mailto:gemaelchaebo@gmail.com). Telefone: (67) 3449-0515.

## ABSTRACT

The aim of this paper is to discuss on the topic of public health policy. The theoretical basis is neoinstitutionalism and public policy. Five questions-problem that can guide the study of public health policy in Brazil are presented: (1) determinants of public health policy as an institution; (2) health decentralization x legitimacy for determining public health policy; (3) establishment of consortiums of health as an instrument to legitimize the decentralization of health services; (4) the structure and organization of economic, political and social actors; and (5) institutional differences and application of models of resource allocation. Finally, considerations are made and exposed expectations of possible contributions to the study of institutions and public policies, especially in the case of health. This article contributes to the discussion of the issue of public policy in Brazil linked to newinstitutionalism discussion, which can assist researchers in defining national agendas on the formulation and conduct strategies of resource allocation and utilization of specific health policies.

Keywords: Research agenda, Institutions, Public policy, Health.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es discutir el tema de la política de salud pública, y tiene base a

la newinstitutionalism teórica y política pública. Presentamos cinco cuestiones problemáticas que pueden guiar el estudio de la política de salud pública en Brasil, que son: (1) los factores determinantes de la política de salud pública, como institución, (2) la descentralización de la salud x legitimidad para determinar la política de salud pública, (3) la formación de consórcios de la salud como una herramienta para legitimar la descentralización de los servicios de salud, (4) la estructura y organización de los actores económicos, políticos y sociales, y (5) las diferencias institucionales y la aplicación de modelos de asignación de recursos. Por último, se hacen consideraciones y expectativas de posibles aportaciones al estudio de las instituciones y las políticas públicas, em particular para el caso de la salud expuestos. Este artículo contribuye al debate sobre la cuestión de las políticas públicas em Brasil relacionado con la discusión newinstitutionalism que puede ayudar a los investigadores en la definición de las agendas nacionales en la formulación y ejecución de estrategias para la asignación de recursos y la utilización de las políticas de salud específicas.

Descriptores: Agenda de investigación, Instituciones, Políticas públicas, Salud.

## Introdução

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi assegurado à sociedade na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, além de afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios) e com diversidade de fontes – estes preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei Orgânica da Saúde de 1990<sup>(1)</sup>.

Desde a criação do SUS, tem-se buscado flexibilizar e dinamizar a gestão das políticas de saúde pública<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, o referencial teórico do neoinstitucionalismo destaca-se como fundamento adequado para análise das incertezas, dadas por meio das modificações do ambiente e das estruturas das organizações de saúde. Consoante, reconhece-se que a abordagem neoinstitucional pode ser considerada um referencial teórico-metodológico promissor, pois oferece muitas possibilidades para a análise das políticas de saúde<sup>(3)</sup>. Além disso, afirma-se que, de forma mais ou menos explícita, grande parte dos estudos consistentes de análise de políticas de saúde leva em consideração a influência de variáveis institucionais sobre as políticas.

No presente artigo, o objetivo é discutir sobre o tema ‘política pública de

saúde’. Para tanto, apresentam-se algumas questões-problema que podem orientar o estudo de políticas públicas de saúde no Brasil. O referencial teórico utilizado refere-se ao neoinstitucionalismo e políticas públicas. Mas, antes de tratar das variáveis institucionais que influenciam nas políticas de saúde, é preciso definir o que se entende por instituições.

Instituições são coleções relativamente permanentes de regras e práticas organizadas, incorporadas em estruturas de significados e de recursos. São relativamente duradouras em relação ao *turnover* de indivíduos e relativamente resistentes às preferências idiossincráticas, às expectativas dos indivíduos e às mudanças nas circunstâncias externas. Podem ser consideradas, portanto, como regras e práticas constitutivas que prescrevem o comportamento adequado para atores específicos em situações específicas<sup>(4)</sup>.

Ainda, instituições são estruturas de significado incorporadas em identidades que pertencem a propósitos comuns, que dão direção e significado ao comportamento dos atores, além de explicar, justificar e legitimar os códigos comportamentais. Em outras palavras, são estruturas que criam capacidades para ação. Por essa razão, instituições empoderam e limitam atores, fazendo-os mais ou menos capazes de agir conforme as regras prescritivas de adequação. O pressuposto central é que instituições criam

elementos de ordem e previsibilidade, que são delineadores do caráter de uma política, história e visões<sup>(4)</sup>.

Nesta linha, estudos neoinstitucionais discutem os pressupostos político-institucionais dos processos de decisão política, enfatizando a importância do fator institucional para explicação dos acontecimentos políticos, além de explicitar as regras gerais definidas em sociedade e que influenciam a interpretação e a ação dos atores<sup>(5)</sup>. A teoria neoinstitucional, ainda, centra-se no entendimento da relação entre instituições, comportamento e resultados<sup>(6)</sup>. São pressupostos neoinstitucionais: (i) as instituições criam elementos de ordem e previsibilidade; (ii) as rotinas traduzem estruturas em ações políticas; (iii) as instituições têm relativa autonomia em relação ao contexto social e as ações individuais; (iv) o sistema político organiza-se em torno de interpretações, significados e propósitos; (v) as ações políticas não são apenas o resultado de cálculos de maximização<sup>(7)</sup>.

Para além desses pressupostos gerais, a relevância da abordagem neoinstitucional está em identificar quais instituições afetam comportamentos individuais e coletivos e como estas instituições operam e resistem, ou seja, por meio de que processos e mecanismos estas exercem influência sobre as decisões políticas e se mantêm ao longo do tempo

(operação, mudança e estabilidade institucional)<sup>(3)</sup>. Assim, instituições promovem incentivos a certos comportamentos, assim como impõem limitações a esses comportamentos<sup>(6)</sup>. A mudança nas regras é influenciada pela mudança nas identidades dos indivíduos, que procuram e aprendem regras de comportamento mais apropriadas a seus papéis. As identidades e regras são construções sociais desenvolvidas em contextos histórico e social que as moldam. Assim, busca-se entender por meio de que processos e mecanismos as instituições exercem influência sobre as decisões políticas, se mantêm e evoluem ao longo do tempo<sup>(8)</sup>.

A seguir, apresenta-se um breve referencial teórico sobre neoinstitucionalismo e discutem-se as questões-problemas que podem orientar o estudo de política pública de saúde no Brasil. Ao final, são feitas algumas considerações e expostas as possíveis contribuições para formação de uma agenda de pesquisa envolvendo políticas públicas de saúde.

### **Breve referencial teórico:**

#### **neoinstitucionalismo**

Nos estudos neoinstitucionais, em um primeiro momento, buscava-se caracterizar e definir o conceito de 'instituição'. Atualmente o foco dos estudos na área está em entender

de que forma as instituições afetam e limitam o comportamento individual, assim como as instituições evoluem (e se modificam) ao longo do tempo<sup>(9,3)</sup>. Ainda em trabalhos acadêmicos, enfatiza-se o papel central que as instituições ocupam, considerando sua influência nas estratégias dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas<sup>(10)</sup>. O conceito de instituição utilizado nesses estudos inclui, por exemplo, regras formais (leis, normas *etc.*) e informais (códigos de conduta, hábitos *etc.*). Assim, por instituições entendem-se qualquer regra ou forma de limitação (*constraints*) que moldam as interações humanas, ou seja, as instituições são o elemento mediador entre estruturas sociais e comportamentos individuais<sup>(11)</sup>.

Nos estudos neoinstitucionais discutem-se os pressupostos político-institucionais dos processos de decisão política, enfatizando a importância do fator institucional para explicação dos acontecimentos políticos, além de explicitar as regras gerais definidas em sociedade e que influenciam a interpretação e a ação dos atores<sup>(5)</sup>. A teoria neoinstitucional, ainda, centra-se no entendimento da relação entre instituições, comportamento e resultados<sup>(6)</sup>. Conforme já mencionado, são pressupostos neoinstitucionais: (i) as instituições criam elementos de ordem e previsibilidade; (ii) as rotinas traduzem estruturas em ações políticas; (iii) as instituições têm relativa

autonomia em relação ao contexto social e as ações individuais; (iv) o sistema político organiza-se em torno de interpretações, significados e propósitos; (v) as ações políticas não são apenas o resultado de cálculos de maximização<sup>(7)</sup>.

Para além desses pressupostos gerais, a relevância da abordagem neoinstitucional está em identificar quais instituições afetam comportamentos individuais e coletivos e como estas instituições operam e resistem<sup>(3)</sup>. As instituições promovem incentivos a certos comportamentos, assim como impõem limitações a esses comportamentos<sup>(6)</sup>. A mudança nas regras é influenciada pela mudança nas identidades dos indivíduos, que procuram e aprendem regras de comportamento mais apropriadas a seus papéis. As identidades e regras são construções sociais desenvolvidas em contextos histórico e social que as moldam. Assim, conforme mencionado, busca-se entender por meio de que processos e mecanismos as instituições exercem influência sobre as decisões políticas, se mantêm e evoluem ao longo do tempo (operação, mudança e estabilidade institucional)<sup>(8)</sup>.

A mudança é uma característica inerente às instituições, e que seu arranjo impacta na forma como as instituições surgem, se reproduzem e mudam. Embora as instituições estejam mais vinculadas ao

paradigma da estabilidade, algumas vezes a mudança é bem vinda, pois a partir da experimentação dessa variação em torno das regras, é possível conferir validade a estas instituições. Sem a experimentação, o conjunto de regras decai ao longo do tempo<sup>(4)</sup>. Atualmente os estudos sobre instituições estão vinculados em como estas mudam ao longo do tempo<sup>(9)</sup>. Instituições muitas vezes mudam de forma gradual e sutil, que é um reflexo do comportamento humano moldando os resultados políticos<sup>(12)</sup>.

A abordagem neoinstitucional pode ser dividida em cinco correntes: (i) escolha racional, (ii) histórica, (iii) sociológica, (iv) construtivista e (v) redes<sup>(13)</sup>. As interações entre essas correntes trazem contribuições aos estudos realizados, considerando que cada uma revela aspectos importantes, ainda que parciais, dos impactos das instituições sobre os comportamentos dos atores políticos<sup>(10)</sup>. A seguir, apresentam-se resumidamente as características de cada uma dessas, sendo todas consideradas para o presente estudo como orientadoras das discussões propostas, bem como para proposições de possíveis respostas ou condução da pesquisa para obtenção dessas respostas.

No institucionalismo da escolha racional, as instituições caracterizam o contexto em que os processos políticos se desenvolvem. No entanto, dado que os indivíduos realizam ações ativamente, o

estudo dos interesses desses atores é privilegiado<sup>(10)</sup>. Para os teóricos da escolha racional, os comportamentos dos atores são marcados por ‘cálculos estratégicos’, por meio dos quais deduzem os interesses e as preferências dos demais, na tentativa de maximizarem suas próprias preferências no processo decisório. Em outras palavras, os atores políticos formulam estratégias e buscam sua satisfação impondo limites à realização de comportamentos autorreferenciados, ou seja, voltados à satisfação de interesses próprios<sup>(14)</sup>.

No institucionalismo histórico, o papel das instituições é modelar tanto as estratégias dos atores (como no institucionalismo da escolha racional), quanto suas preferências e objetivos, uma vez que intermediam as relações entre os atores políticos. As instituições devem ser compreendidas segundo duas funções principais – a de agentes e produtos da história – uma vez que essas dão forma e restringem a atuação dos atores políticos, mas também são resultado das estratégias conscientes ou involuntárias desenvolvidas pelos atores<sup>(14)</sup>.

No institucionalismo sociológico, instituições abrangem símbolos, esquemas cognitivos e padrões morais que guiam os comportamentos dos indivíduos. Em estudos recentes nessa corrente, são enfatizadas as categorias e os modelos cognitivos que possibilitam interpretação do mundo e das



ações dos atores<sup>(3)</sup>. “As instituições exercem influência sobre o comportamento não simplesmente por especificarem o que se deve fazer, mas também o que se pode imaginar fazer num contexto dado”<sup>(10)</sup>.

Os teóricos do institucionalismo construtivista, por sua vez, compreendem a mudança institucional como parte da relação entre os atores e o contexto, sendo esta mudança um desdobramento intencional ou não dessas interações. Como no institucionalismo histórico, esses teóricos fazem uso do conceito de dependência de trajetória (*path-dependence*), mas não excluem momentos de *path-shaping*, ou seja, quando são constatadas mudanças modeladas pela trajetória por meio das quais as instituições são alteradas de forma expressiva<sup>(3)</sup>. Para o institucionalismo construtivista, os atores agem de forma estratégica para atingir seus objetivos no contexto em que estão inseridos, o que favorece a adoção de determinadas posições em relação a outras. As ideias, sob a forma de desejos, preferências e motivações, orientam normativamente os indivíduos, ao incidirem sobre a percepção que têm do ambiente e, consequentemente, sobre as ações realizadas. Dessa forma, não são apenas as instituições que exercem restrições às condutas dos atores políticos, mas também as ideias.

Por fim, no institucionalismo de redes, compreendem-se as redes enquanto

instituições, na medida em que representam padrões estáveis ou recorrentes de interações e trocas entre indivíduos, grupos e organizações. Influenciados pelo trabalho de Hall, os teóricos dessa corrente veem as redes como variáveis que afetam a distribuição de poder, a construção de interesses e identidades, além das dinâmicas que caracterizam essas interações<sup>(15)</sup>.

## Temas e questões de pesquisa

### 1. Determinantes da política pública de saúde como instituição

Na temática ‘determinantes da política pública de saúde como instituição’, apresenta-se o entendimento de que as políticas públicas são instituições, uma vez que o Estado intervém em todos os aspectos da vida social<sup>(16)</sup>. Consoante, as políticas públicas invariavelmente repercutem na economia e na sociedade, e, por essa razão, a análise de qualquer política pública precisa também explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade<sup>(17)</sup>. Considerando essa perspectiva, questiona-se: **quais regras definem a política pública de saúde no Brasil? Especificamente, quais regras determinam a alocação de recursos públicos para a saúde?**

As regras de organização subjacentes ao processo de elaboração de políticas afetam

o poder dos atores sobre as decisões no momento da formulação e sobre a implementação das políticas. Existem regras formais e práticas informais de vários tipos que delimitam as escolhas dos atores ou mesmo condicionam as suas preferências<sup>(3)</sup>. Assim, de forma geral, considera-se que a resposta para esses questionamentos abrange variáveis como: a composição e os recursos dos grupos de interesse, os atores (e instituições) envolvidos, e as preferências dos atores sociais organizados.

Além disso, sobre a relação entre ‘regras da política’ e as ‘regras de alocação de recursos’, realiza-se o seguinte esforço reflexivo. Sabe-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve um papel de destaque na história do movimento sanitário brasileiro, que culminou com a concretização da proposta de criação do SUS e na reorganização dos cuidados de saúde privados (ou saúde suplementar). Isso porque as direções mais relevantes apresentadas pela 8ª CNS foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 e, como resultado, o Programa de Sistema de Saúde, publicado em 1990, apresentou seus princípios básicos: universalidade, integridade e igualdade para os cuidados de saúde.

Após o surgimento SUS, o governo federal aumentou o uso de normas e regulações que visam racionalizar os recursos e priorizar os serviços de baixa complexidade

(nível de atenção básica ou primária) dentro do sistema<sup>(18)</sup>. A atenção básica privilegia a adoção de ações preventivas e a assistência continuada às populações assistidas e apresenta, um impacto positivo nos serviços de alta complexidade, no sentido de reduzir a necessidade de tratamento em que paciente precisa ser internado<sup>(19)</sup>.

Uma política ou conjunto de prioridades pode ser traduzido em um padrão específico de alocação de recursos, ainda que de forma implícita<sup>(20)</sup>. Pela análise do sistema (ou modelo) de alocação de recursos financeiros à saúde é possível identificar a lógica federal de favorecimento das ações de serviços de saúde no Brasil<sup>(21)</sup>. Nesse sentido, atualmente, a operacionalização das ações relativas à atenção básica tem se concentrado no processo de expansão da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, o PSF não tem garantido, de forma sistemática, o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde (ou seja, não tem alcançado o princípio de integralidade dos serviços), nem a universalização da cobertura<sup>(18)</sup>.

Assim, a despeito da opção constitucional por um sistema público e universal, que consideraria um modelo integral de prestação dos serviços, há atualmente segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde. Em outras palavras, ao ‘negligenciar’



média e alta complexidade, o governo federal fez a opção pela provisão privada desses serviços como forma de viabilizar a universalização<sup>(22)</sup>. Entretanto, a superposição de uma proposta universalizante (SUS) com um sistema suplementar (de base corporativa) gera contradições na política pública de saúde brasileira. A trajetória dessa política de saúde (PSF), no Brasil, foi marcada por maciços investimentos no modelo hospitalocêntrico, com a presença de instituições formais e informais que se interpõem às mudanças que poderiam fortalecer a capacidade resolutiva da atenção primária no país<sup>(11)</sup>.

Observa-se que as regras da política pública de saúde no Brasil relacionam-se direta ou indiretamente com as regras determinadas para a alocação de recursos públicos para a saúde. Entende-se ainda que uma possível forma de se operacionalizar a pesquisa para busca de respostas às questões propostas seria investigando os mecanismos regulatórios (ou normativos) – tal como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) para a questão do repasse de recursos na saúde – e as instituições envolvidas na política pública de saúde, bem como a composição e recursos dos grupos de interesse (públicos e privados), os atores sociais envolvidos e suas preferências. A influência/impacto dessas instituições na determinação de programas de saúde também é uma possível forma de obtenção de respostas.

## **2. Descentralização dos serviços de saúde x legitimidade para determinação de políticas públicas de saúde**

Embora os serviços públicos de saúde tenham progredido nos últimos anos, estes ainda operam com debilidade. Dentre as principais ineficiências, podem ser citadas o desperdício de recursos durante a prestação de serviços e a subutilização de leitos hospitalares<sup>(23)</sup>. Nas últimas duas décadas, o governo federal aumentou o número de normas e regulações visando racionalizar os recursos existentes, e ainda reforçou seu papel determinante na política de saúde por meio de financiamentos repassados aos municípios; e, por meio destas duas interfaces (regulatória e financeira) demonstrou ser a instância que mais afetou a política de saúde na história recente do país<sup>(18)</sup>.

O poder de regulação do Ministério da Saúde tem sido exercido essencialmente por meio de portarias, revelando a preferência deste instrumento de ação por parte dos gestores públicos<sup>(21)</sup>. Neste sentido, surgiram debates em que se discutiam justamente qual o ‘espaço’ dos governos (municipal, estadual e federal) para a formulação e implementação das políticas públicas – essa discussão está atrelada ao papel das instituições e sua influência nos resultados das políticas<sup>(17)</sup>.

Na teoria neoinstitucional, levantam-se alguns questionamentos – quem pode e quem não pode apresentar propostas? Em que ordem as propostas são consideradas? Sobre quais condições as propostas podem ser alteradas? Quem possui poder de veto?<sup>(6)</sup> Considerando que as instituições determinam as características contextuais, assim como antecipam o comportamento individual durante o processo de escolha coletiva (*i.e.*, ‘as instituições importam’), o estudo da descentralização dos serviços de saúde passa tanto pela legitimidade para determinação de políticas públicas de saúde, quanto pelas próprias instituições envolvidas.

Especificamente, a discussão sobre responsabilidades entre esferas de governo se tornou relevante principalmente em torno da descentralização e da emergência de atores locais influentes no processo decisório, providos de recursos institucionais, principalmente no que se refere ao controle da máquina administrativa local<sup>(24)</sup>. Considerando esta perspectiva, questiona-se: **existe na prática ‘liberdade de ação’ (deliberação) para municípios ou a descentralização é ilusória (limitada pelo marco regulatório e por recursos financeiros provenientes do governo federal)?**

A deliberação de políticas de saúde é observada em duas perspectivas. Na primeira são reconhecidas as instâncias locais de ação

– como reflexo do processo de descentralização do Estado brasileiro após a promulgação da Constituição Federal de 1988 –, e na última, o governo federal aparenta regular tanto o modo de ação quanto o fluxo de investimentos que são direcionados para a área<sup>(24,3)</sup>. Novamente, entende-se que uma possível forma de se operacionalizar a pesquisa para busca de respostas a esta questão proposta seria investigando os mecanismos regulatórios e as instituições envolvidas na política pública de saúde, bem como a composição e recursos dos grupos de interesse (públicos e privados), os atores sociais envolvidos e suas preferências.

Apesar do controle da máquina administrativa local<sup>(24)</sup>, reconhece-se a possibilidade de haver adaptações institucionais em ambientes locais, que podem ameaçar a estabilidade e a confiança nas instituições existentes (*i.e.*, a legitimidade dessas). Em outras palavras, os gestores locais, ao executarem de forma descentralizada as orientações advindas do Ministério da Saúde, podem buscar fazer adaptações a seus ambientes e realidades locais. Embora essa “violação de regras não seja uma boa ideia, algumas vezes é; sem a experimentação dessa possibilidade, a efetividade do conjunto de regras decai com o tempo”<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, novamente a relevância da abordagem neoinstitucional está em identificar quais instituições afetam

comportamentos individuais e coletivos e como estas instituições operam e resistem, ou seja, por meio de que processos e mecanismos estas exercem influência sobre as decisões políticas e se mantêm ao longo do tempo<sup>(6)</sup>.

Apresenta-se, ainda, um segundo questionamento: **qual é o espaço para a ação governamental (municipal, estadual, federal) frente às limitações impostas pelas instituições existentes?** Para os autores, somam-se a isso questões delicadas de cunho interfederativo, como a descentralização dos serviços de saúde, que sobrecarrega os municípios tanto em relação a financiamentos quanto em relação a problemas gerenciais resultantes do incremento de funções<sup>(25,22)</sup>.

Debates e embates políticos conectam princípios institucionais e práticos e os relaciona a grandes questões, de como a sociedade pode e deveria ser organizada e governar<sup>(4)</sup>. Fazendo isto, esses debates moldam e remoldam as identidades coletivas e definem as características da política. Sobre a descentralização do SUS, apesar de algumas dificuldades previstas, havia consenso quanto às vantagens da descentralização, que tornariam a prestação de serviços mais democrática, englobando ideais progressistas como equidade, justiça social, controle social, entre outras<sup>(24)</sup>.

### 3. Consórcios intermunicipais de saúde

De forma geral, a partir da criação do SUS, as transferências de responsabilidades, especialmente aquelas relativas à execução das funções de assistência social, da União para estados e, principalmente, para municípios, tem gerado deficiências organizacionais e financeiras nas instâncias subnacionais de governo, bem como com ineficiências em decorrência de perdas de escala e de escopo dado a excessiva fragmentação dos serviços de saúde<sup>(22)</sup>. A perda de escala produtiva<sup>(26-27)</sup>, resultante do incremento no número de estabelecimentos – muitas vezes com baixa taxa de ocupação e baixa taxa de utilização de equipamentos – sem que houvesse base quantitativa que o justificasse, gerou sistemas de saúde ineficientes e redução de qualidade dos serviços prestados à população<sup>(28)</sup>. Neste contexto, surgem os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), uma ferramenta inovadora para operacionalização do SUS<sup>(28-29)</sup>, que possibilita a ampliação dos serviços prestados e a captação de novos recursos para prestação dos serviços de saúde<sup>(30, 31,32)</sup>.

A avaliação dos CIS no Brasil demonstra que 95% dos municípios consorciados são de pequeno porte (menos de 50 mil habitantes), o que confirma a relevância deste tipo de cooperação para a superação de problemas comuns<sup>(33)</sup>. Os CIS encontraram condições favoráveis de

desenvolvimento principalmente em municípios menores, na oferta de consultas médicas (e.g., pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e médica, odontologia e pequenas cirurgias) e serviços de média complexidade<sup>(33-34)</sup>. Os serviços de alta complexidade, que demandam uma infraestrutura operacional e tecnológica avançada, normalmente inexistem em pequenos municípios.

Conforme já mencionado, a despeito da opção constitucional por um sistema público e universal, que consideraria um modelo integral de prestação dos serviços, há atualmente segmentações de clientela e especializações da oferta de serviços de saúde<sup>(22)</sup>. Nesse sentido, a constituição de CIS é uma estratégia adotada por muitos municípios brasileiros para atendimento de serviços de maior complexidade. Além do acesso a serviços de maior complexidade (média e alta), ao se incluir em um CIS, os administradores municipais tentam reduzir algumas dificuldades, tais como: (a) acesso de serviços especializados; (b) alto custo do transporte de pacientes a longas distâncias; (c) existência de estrutura de atendimento inapropriada na região; (d) fraca interação com outros entes federativos<sup>(35)</sup>.

Nesse contexto, é possível discutir a institucionalização de redes de políticas públicas na saúde. Especificamente, sobre os CIS, os autores questionam: **essas redes são**

**reconhecidas (legitimadas) pela população como sendo as responsáveis pela provisão de serviços públicos de saúde? Essa rede de serviços resolve o problema de oferta e de acesso aos serviços de saúde, dado o contexto de recursos escassos alocados à política pública de saúde?** A discussão de CIS, de certa forma, se aproxima da discussão da descentralização e responsabilização de municípios, bem como do jogo de poder entre grupo de interesses (públicos e privados), a composição e os recursos desses grupos.

Na perspectiva neoinstitucional, o conflito entre grupos (rivais) pela apropriação de recursos escassos representa uma dimensão central da vida política, de tal modo que determinados interesses são privilegiados em detrimento de outros<sup>(36)</sup>. As instituições, nesse caso, induzem uma repartição desigual do poder entre os grupos sociais. Assim, na discussão sobre a organização do sistema de saúde a partir da construção de redes de atenção (CIS), incluem-se o entendimento dos mecanismos regulatórios e as instituições envolvidas na política pública de saúde, bem como a composição e recursos dos grupos de interesse (públicos e privados), os atores envolvidos.

Ressalta-se ainda que no institucionalismo de redes (uma das correntes a ser considerada para o estudo de CIS), essas redes são entendidas enquanto instituições, na medida em que representam padrões estáveis

ou recorrentes de interações e trocas entre indivíduos, grupos e organizações. Além disso, são entendidas como variáveis que afetam a distribuição de poder, a construção de interesses e identidades, além das dinâmicas que caracterizam essas interações.

#### 4. Estrutura e organização de atores econômicos, políticos e sociais

A política de saúde brasileira passou por mudanças profundas nos últimos vinte anos, relacionadas às alterações na estrutura e papel do Estado e à implementação do SUS<sup>(37)</sup>. Em um estudo sobre o financiamento da política pública de saúde, o tema federalismo é abordado e observa que as relações intergovernamentais e as políticas públicas vêm se tornando objeto de interesse crescente da produção científica brasileira e internacional<sup>(38)</sup>. Apesar de vários estudos publicados sobre o tema, grande parte dos trabalhos fundamenta-se em diferentes enfoques, que tratam de maneira diversa o papel das instituições na vida política e tendem a separar as variáveis econômico-financeiras das variáveis políticas. Segundo a autora, não há, ainda, uma produção nacional consistente que busque relacionar determinados arranjos institucionais do Estado com políticas específicas. Reconhecendo as lacunas existentes, o estudo de Lima et al. (2011) busca contribuir para a discussão das conexões entre o federalismo e

a política de saúde no Brasil, a partir do referencial teórico-metodológico proposto<sup>(39-40)</sup>.

O sucesso dos sistemas federativos deve ser medido por sua capacidade de regular conflitos, já que suas instituições, por serem sensíveis à diversidade, atuam no sentido de amenizar as tensões da sociedade<sup>(39)</sup>. Para este autor, é necessário refletir sobre as relações entre as regras institucionais e os conflitos intergovernamentais, a forma pela qual as esferas de governo se articulam e negociam suas divergências e quais os resultados deste processo de negociação. Na mesma linha, as investigações sobre o comportamento dos atores federativos não podem prescindir da tarefa de desvendar as 'regras do jogo', que intervêm no comportamento político dos atores<sup>(40)</sup>. Ou seja, descobrir os constrangimentos impostos aos atores em suas escolhas. Assim, os aspectos institucionais são importantes, porque determinam a capacidade de atuação dos agentes políticos, condicionam sua percepção acerca das alternativas realistas da política e incidem em suas opções estratégicas e preferências.

Apesar de próximo da discussão de grupos de interesses, outro estudo aborda também questões econômico-financeiras, o que suscita a reflexão sobre a influência de outros grupos de interesses, por exemplo, os

atores privados<sup>(38)</sup>. Nesse sentido e baseados na abordagem neoinstitucional, uma questão relevante para a análise das políticas de saúde é a discussão do papel das instituições e da atuação dos atores. Os autores questionam: **como se organizam os atores econômicos no setor saúde (empresários, industriais, planos de saúde, prestadores privados) e como interferem na política de saúde?**

Essa discussão se torna mais clara quando considerada a proposta de que o governo investe em saúde básica, mas deixa para o setor privado a média e a alta complexidade (mais caras e que precisam de maiores investimentos em inovação)<sup>(22)</sup>. Nesse sentido, questiona-se: **dado os preceitos de universalidade e integralidade do SUS, como as relações entre provisão pública e privada e as opções de linhas de financiamento público contribuem para formatar e segmentar as ofertas de serviço no sistema de saúde, havendo também influência de arranjos institucionais e da escolha de atores políticos que asseguram essas segmentações?**

Uma possível resposta parte da reflexão que: os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e os consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e

complexidade; enquanto, o setor privado, mais dinâmico, passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade, mais bem remunerados pela Tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Outra consideração a respeito do tema é feita a partir do reconhecimento da importância dos aspectos e dos atores econômicos na oferta de serviços públicos de saúde<sup>(22)</sup>.

Para tanto, se que confronta a lógica capitalista (competitividade) e a lógica sanitária (assistencial) para desenvolvimento do setor saúde<sup>(41)</sup>. Este autor afirma que o processo de penetração do capital e “empresariamento” da área de saúde e de constituição de um complexo econômico movido pela lógica de mercado não é novo, já tendo sido identificado há mais de 20 anos<sup>(41)</sup>. Ainda segundo esse autor, mesmo nas atividades que preservaram sua natureza pública ou estatal, as relações de contratualização e de constituição de “quasimercados”, além de um conjunto de inovações organizacionais (e.g., criação de organismos públicos não estatais, terceirização, organização de cooperativas de trabalhos), passam a pressionar os agentes para seguirem lógicas de obtenção de competitividade e de eficiência econômica, aproximando progressivamente essas organizações de lógicas tipicamente



empresariais – “a despeito de, no Brasil, o processo ser incremental”<sup>(41)</sup>.

Conforme já mencionado, existe uma tensão entre (i) o dinamismo empresarial na prestação dos serviços de saúde e (ii) a necessidade de assegurar um acesso equitativo aos bens e serviços de saúde, a fim de que a lógica econômica da produção não se sobreponha às necessidades sociais<sup>(42)</sup>. Em uma sequência de estudos publicados, os referidos autores demonstraram que a desarticulação entre os sistemas de saúde e de inovação (desenvolvimento de novos e melhores produtos e serviços) no Brasil aparece de diversas formas, dentre as quais se destaca o foco da política de saúde apenas na demanda dos serviços, sem maiores considerações sobre a capacidade de produção e de oferta de serviços do setor.

Ainda sobre o papel das instituições e da atuação dos atores, ressalta-se o estudo de Gerschman e Santos (2006). Baseados no institucionalismo histórico, a incorporação de novos provedores privados (com fins lucrativos) no setor de saúde pôde ser percebida paulatinamente, à medida que se aumentou o grau de sofisticação tecnológica e dependência de capital da atenção à saúde<sup>(43)</sup>. Autores destacam o surgimento, a partir da visão empresarial empreendedora, de alguns grupos de médicos que identificaram um novo nicho de mercado em empresas que se instalavam no país nessa época e que se

dispuseram a pagar por esses serviços<sup>(42-43)</sup>. O desenvolvimento inicial das medicinas de grupo não dependeu de qualquer planejamento governamental, mas, por ocasião da unificação da Previdência, algumas dessas empresas foram chamadas pelo governo para atuar na prestação suplementar de serviços médicos a instituições previdenciárias. Nesse contexto, a criação do SUS ocorreu no bojo do processo de democratização do país. Destacaram-se, nesse cenário, atores que anteriormente tinham menos peso no cenário nacional, como políticos das esferas subnacionais de governo e o “Partido Sanitário”, cuja atuação era legitimada pela forte tradição sanitaria nacional.

## 5. Diferenças institucionais e modelos de alocação de recursos

O emprego de modelos de demanda baseados nas necessidades de saúde para distribuição de recursos financeiros, de forma geral, apresenta limitações em contextos com sistemas de saúde determinados por disparidades no acesso, como o do Brasil<sup>(44)</sup>. Conforme mencionado, o envelhecimento populacional gera aumento dos problemas de saúde dos indivíduos e, conseqüentemente o aumento dos custos relacionados aos cuidados médicos. Assim, para satisfazer a demanda em aumento, há necessidade de se alterar a estrutura de oferta de serviços de saúde<sup>(45)</sup>.

Contudo, existe uma significativa dificuldade na definição de modelos capazes de medir de forma abrangente a necessidade de cuidados de saúde do indivíduo e de toda a população<sup>(46)</sup>.

O conceito de oferta de serviços de saúde está relacionado com a disponibilidade, tipo e quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos) destinados à prestação de serviços de saúde<sup>(47)</sup>. Já a demanda é caracterizada pelo ato de o indivíduo procurar o serviço de saúde, obtendo o acesso e se beneficiando do atendimento recebido<sup>(45)</sup>. Contudo, a demanda nem sempre será a *proxy* da necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (*e.g.*, tratamentos necessários a males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas ou pela indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados<sup>(45)</sup>.

Novas alternativas devem ser exploradas para a estimativa de demanda em países com padrão de uso de serviços de saúde semelhantes ao do Brasil<sup>(44)</sup>. Além das necessidades e das especificidades de cada área abrangida pelo sistema de saúde, é importante também ponderar sobre a representatividade das unidades envolvidas neste sistema<sup>(48)</sup>. Melhorias na eficiência na alocação de recursos aos serviços de saúde resultam em economias consideráveis (de

recursos) ou, no mínimo, na expansão dos serviços de saúde<sup>(49)</sup>.

A fórmula mais simples para alocação de recursos com base na população é a distribuição de recursos *per capita* – um dos principais critérios utilizados no atual modelo brasileiro<sup>(44)</sup>. No entanto, essa abordagem desconsidera as diferenças existentes nas estruturas populacionais do ponto de vista demográfico e social, que impactam diretamente o perfil de necessidades de saúde. A pesquisa desenvolvida por Porto et al. (2007) destaca quatro experiências internacionais de determinação de equidade na alocação de recursos da saúde: Espanha, Itália, Canadá e Inglaterra. A distribuição de parte dos recursos mediante um *per capita* é comum a todas as experiências analisadas, sendo, entretanto, aplicada somente a sociedades em que a desigualdade de oportunidades não é tão acentuada quanto o caso do Brasil<sup>(44)</sup>. Essa pesquisa aponta que a adoção do critério de “população protegida” pela Espanha<sup>(50)</sup> ou de um tratamento diferenciado para regiões com populações dispersas ou de baixa renda, por meio de fundos de equalização, como adotado pelo Canadá<sup>(51)</sup>, podem ser adaptadas para o caso brasileiro. Tal pesquisa, entretanto, conclui pela maior aplicabilidade da experiência inglesa, que utiliza o modelo *Resource Allocation Working Party*2 (RAWP-2). Com esse modelo, é possível dimensionar

desigualdades relativas muito menos significativas do que as observadas no Brasil, e, parece bastante adequada para ser adotada, com ajustes, pelo País<sup>(44)</sup>.

Nesse sentido, questiona-se: **em que medida os *outputs* de uma política variam dado o ambiente institucional vigente? E, quão adaptáveis são os modelos internacionais de alocação de recursos, dado o contexto institucional e político vigente no Brasil?** Baseado na literatura sobre o neoinstitucionalismo, o foco nas instituições pode ser bastante útil em análises comparadas com distintos recortes: entre países, sobre a influência das diferentes regras na formulação de políticas de saúde; na análise da interação entre agendas internacionais e nacionais para a saúde; na comparação da implementação de políticas entre estados ou localidades dentro do mesmo país; ou mesmo na comparação entre políticas específicas, de distintas trajetórias e ‘institucionalidades’<sup>(3)</sup>. Também são importantes teóricos para a fundamentação de uma análise comparativa e consideram que a base das diferenças entre os países são: (i) instituições políticas e econômicas; (ii) regras que as influenciam e (iii) incentivos<sup>(52)</sup>.

Estudos comparativos na saúde exploraram, por exemplo, os desafios da condução nacional da política de saúde em federações que vêm passando por processos de descentralização. Comparando as

implicações do federalismo para as políticas de saúde cinco países<sup>(53)</sup>, consideraram como variáveis relevantes a abrangência, o detalhamento e a forma de definição da política pública de saúde no âmbito nacional. Por outro lado, alega-se que o desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais (e dos grupos locais), e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades entre os atores sociais para concretizar a cidadania nacional<sup>(54)</sup>.

### **Considerações finais e possíveis contribuições**

Atualmente, dado o crescente questionamento em relação à operacionalização (em termos da efetividade e eficácia) do sistema de saúde brasileiro, torna-se relevante discutir o alcance e os limites do Estado e dos demais atores (políticos, econômicos e sociais) no planejamento e na implementação das políticas públicas de saúde<sup>(55)</sup>. Nesse sentido, como se observa, os cinco temas propostos (e suas respectivas questões-problema) aproximam-se (i) tanto da discussão do papel do Estado enquanto instituição e demais atores envolvidos, (ii) quanto da discussão da política pública de saúde, também enquanto instituição. Conforme mencionado, se tratados com enfoques diferenciados, os temas propostos apresentam sua relevância separadamente. Isso porque a questão da

alocação de recursos na saúde e a própria política pública de saúde apresentam várias faces de discussão e de investigação, as quais se interligam e, até mesmo, sobrepõem-se. Ao destacar cinco temas, buscou-se abordar cada uma dessas faces, por meio da investigação ora das regras institucionais, ora da questão da legitimidade, ora grupos de interesses etc.

Além disso, todos os temas selecionados se inserem em uma discussão maior e mais prescritiva sobre a alocação de recursos à saúde. Esse o grande tema tem sido foco de vários trabalhos acadêmicos e que, relaciona-se diretamente aos vários problemas observados no sistema público de saúde<sup>(56)</sup>. Entretanto, poucos esforços têm sido feito na discussão desse tema com base na teoria neoinstitucional. Por meio da presente discussão sobre o tema, que contemplou uma revisão prévia das publicações nacionais sobre saúde, observou-se que a fundamentação teórica predominante encontra-se nos teóricos ou pressupostos da Administração Pública, Orçamento Público, Federalismo Fiscal *etc.* Outra constatação vai ao encontro de trabalhos com um viés médico-sanitarista, que acaba por abordar questões mais práticas e pouco aprofunda nas questões institucionais relativas às políticas de saúde.

A fim de preencher essa lacuna, buscou-se propor questões relativas ao temas comuns aos estudos neoinstitucionais que

fossem aplicados especificamente a saúde. Assim, a proposta dos temas (e as respectivas questões-problema) objetivam tanto contribuir para a teoria neoinstitucional, por meio de uma investigação da política pública de saúde no Brasil, quanto para o aprofundamento das questões institucionais nessa questão da política de saúde do país – ou seja, para o **entendimento da política pública de saúde como uma instituição.**

Conforme mencionado ao longo da descrição de cada um dos temas (e questões), fez-se menção há algumas dessas correntes e ou enfoques dentro da teoria neoinstitucional. Por exemplo, para “determinantes da política pública de saúde como instituição” (tema 1), é possível utilizar como base a aplicação do conceito de dependência de trajetória. Na(s) questão (ões) sobre “descentralização dos serviços de saúde x legitimidade para determinação de políticas públicas de saúde” (tema 2), a fundamentação pode se dar a partir das perspectivas “calculadora” e “cultural”<sup>(10)</sup>. Há ainda a discussão de mudança institucional<sup>(4)</sup>. Sobre os CIS (tema 3), torna-se evidente a necessidade de utilização dos fundamentos do institucionalismo de rede, bem como do conflito entre grupos<sup>(36)</sup>. Sobre “estrutura e organização de atores econômicos, políticos e sociais” (tema 4), a corrente que fundamenta sua dinâmica é a do institucionalismo histórico. Por fim, sobre “diferenças institucionais e modelos de

alocação de recursos” (tema 5), deve-se buscar fundamentação na literatura neoinstitucional como um todo<sup>(52)</sup>, importantes teóricos para a fundamentação de uma análise comparativa e que consideram que a base das diferenças entre os países são: (i) instituições políticas e econômicas; (ii) regras que as influenciam e (iii) incentivos.

Essas questões (re)colocam o tema do Estado e dos demais atores (políticos, econômicos e sociais) no centro da discussão. Isso porque, parece evidente, hoje, que ainda restam dimensões consideráveis ‘da vida social’ sob custódia das políticas nacionais, o que legitima a ideia de que os Estados nacionais são ainda os principais responsáveis pela regulação da vida social, econômica e política<sup>(55)</sup>. Com isso, recupera-se nas agendas nacionais a visão de que o Estado é parte constituinte do sistema social e econômico, sendo – em contextos históricos como o brasileiro – particularmente decisivo na formulação e condução de estratégias de alocação de recursos e de valorização de determinadas políticas de saúde (*e.g.*, PSF).

## Referências

1. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
2. Cherchiglia ML, Dallari SG. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. RAE-Eletrônica. 2000; 5(2): 1-25.
3. Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: FAPERJ; 2011. p. 111-137.
4. March JG, Olsen JP. Elaborating the “new institutionalism”. In: Rhodes RAW, Binder SA, Rockman BA, editors. The oxford handbook of political institutions. Oxford: Oxford University Press; 2006.
5. Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas. 2000; 21: 211-59.
6. Diermeier D, Krehbiel K. Institutionalism as a Methodology. Journal of Theoretical Politics. 2003; 15:123-144.
7. Rhodes RAW. Old Institutionalisms. In: Rhodes RAW, Sahah AB, Bert AR, editors. The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 90-108.
8. March JG. Como as decisões realmente acontecem. São Paulo: Leopardo; 2009.

9. Streeck W, Thelen K. Beyond continuity: institutional change and advanced political economies. Oxford University Press; 2005.
10. Hall P, Taylor R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova. 2003; 58:193-224.
11. Gottems LBD, Evangelista MSN, Pires MRGM, Silva AFM, Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(6): 1409-1419.
12. Mahoney J, Thelen K. Explaining institutional change: ambiguity, agency and power. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. A theory of gradual institutional change; p. 40-61.
13. Hay C. Constructivist Institutionalism. In: Rhodes RAW, Sahah AB, Bert AR, editors. The Oxford Handbook of Political Institutions. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 56-74.
14. Thelen K, Steinmo S. Historical institutionalism in comparative politics. In: Thelen K, Steinmo S, Longstreth F, Orgs. Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1992, p. 1-32.
15. Ansell C. Network institutionalism. In: Binder S, Rhodes R, Rockman B. Oxford Handbook of Political Institutions; 2006.
16. Pierson P. Public Policies as institutions. In: Shapiro I, Skowronek S, Galvin D, editors. Rethinking political institutions: the art of the state. New York University Press; 2006.
17. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006; 16: 20-45.
18. Marques RM, Mendes AA. Política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cadernos de Saúde Pública. 2002; 18: 163-171.
19. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação]. Brasília: Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios, Universidade de Brasília; 2011.
20. Couttolenc BF, Zucchi P. Saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde - Livro 10. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
21. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cadernos Saúde Pública. 2010; 26(4): 693-705.
22. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de



- saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 795-806.
23. Pessoa MNM, Peter MGA, Josué, MS, Tenório N, Santos, SM. Gerenciamento de custos em hospitais públicos – aplicação do ABC no hospital São José de Doenças Infecciosas. In: Congresso Brasileiro de Custos, 10, Guarapari/ES, 2003. Anais... 2003.
24. Arretche MTS. Mitos da descentralização: maior democracia e eficiência nas políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 1996; 31(11): 44-66.
25. Mendes NA, Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*. 2000; 9(1/2): 111-125.
26. Keinert TMM, Rosa TEC, Meneguzzo M. Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume; 2006.
27. Teixeira LS. Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico e economia política. Brasília: Câmara dos Deputados; 2007.
28. Teixeira LS, Mac Dowell MC, Bugarin M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. *Rev. Bras. Econ.* 2003; 57(1): 253-281.
29. Nicoletto SCF, Cordoni Junior L, Costa NR. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. 2005; 21(1): 29-38.
30. Misoczky MC, Bastos FA. Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora/Escola Superior de Direito Municipal; 1998.
31. Durão P. Convênios & Consórcios Públicos. 2ª ed. Curitiba: Juruá; 2009.
32. Muller EV, Greco M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3): 925-930.
33. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2207-2217.
34. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(4): 799-801.
35. Silva KSB, Bezerra AFB. The conception of administrators regarding the formation of a healthcare consortium in Pernambuco, Brazil: a case study. *International Journal of Health Planning and Management*. 2011; 26: 158-172.
36. Thelen K. Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*. 1999; 2: 369-404.

37. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 807-817.
38. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 511-522.
39. Gagnon AG. The political uses of federalism. In: Burgess M, Gagnon AG, Orgs. *Comparative federalism and federation – competing traditions and future directions*. Toronto: University of Toronto Press; 1993. p. 15-44.
40. Souza C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Dados*. 2003; 46(2): 345-384.
41. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 521-535.
42. Gadelha CAG, Quental C, Fialho BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(1): 47-59.
43. Gerschman S, Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2006; 21(61): 177-227.
44. Porto SM, Viacava F, Szwarcwald CL, Martins M, Travassos C, Vianna SM, et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 376-388.
45. Moreira DR. Análise de eficiência, usando Data Envelopment Analysis e Composição Probabilística, para procedimentos médicos referentes às doenças isquêmicas do coração no Estado de Minas Gerais [dissertação]. Niterói: Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense; 2010.
46. Viegas M, Brito RJ. A. A saúde em Belo Horizonte. CEDEPLAR: UFMG; 2004.
47. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5:133-149.
48. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
49. Porter ME, Teisberg E. O. Repensando a saúde – estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman; 2007.
50. Carmona G, Martín J, Sanfrutos N, Martín JM, Salvador J, Molina A, et al. Metodologia para un nuevo modelo de financiación sanitario: simulación y

- resultados. In: Sistema Nacional de Salud de los 90 – Estrategia de Salud, Planificación y Mercado. Jornada de Economía de la Salud, 11. Alicante; 1992.
51. Almeida CM. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 1995.
52. Acemoglu D, Robinson J. Why nations fail: the origins of power, prosperity and poverty. New York: Crown Publishers; 2012.
53. Banting K, Corbett S. Federalism and health care policy: an introduction. In: Workshop Health Policy and Federalism; 2001 out 15-16; São Paulo/Brazil. Disponível em: <<http://www.queensu.ca/iigr/pub/archive/socialunionseries/BantingCorbett.pdf>>.
54. France G. Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore; 2001. Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali. p. 169-197.
55. Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012
56. Espírito-Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(4): 861-871.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2013-10-23  
Last received: 2013-12-27  
Accepted: 2014-02-03  
Publishing: 2014-02-21

**Corresponding Address**  
Gemael Chaebo

Rodovia MS 134 Km 3, Nova Andradina, MS – Brasil,  
CEP: 79750-000.  
E-mail: [gemaelchaebo@gmail.com](mailto:gemaelchaebo@gmail.com).  
Telephone: (67) 3449-0515.